



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA LEY DE
ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES DEL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS**



Este formulario está diseñado para resolver las quejas de los clientes del Departamento de Servicios Sociales Públicos (DPSS) relacionadas con supuestas violaciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

El uso de este formulario no es necesario para cumplir con las regulaciones federales y no inicia una demanda judicial.

Usted o su representante autorizado pueden presentar una queja si alega que ha sido discriminado debido a su discapacidad o si no se le ha ofrecido o proporcionado una adaptación por discapacidad. Discapacidades pueden incluir, pero no se limitan a, problemas para caminar, sentarse, estar de pie, leer, aprender, comprender, hablar, oír, ver, estar rodeado de multitudes y pérdida de memoria.

Instrucciones

1. Complete el formulario de queja adjunto. Incluya su nombre, número de expediente, dirección, número de teléfono del demandante y una breve descripción de la(s) presunta(s) violación(es).
2. Proporcione la medida correctiva solicitada para resolver la(s) presunta(s) violación(es).
3. Usted o su representante autorizado firmen el formulario de queja.
4. Entregue el formulario de queja en persona en cualquier oficina del DPSS, por teléfono, fax, correo electrónico o correo postal a:

Department of Public Social Services
Attn: Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Línea Directa de Quejas de Derechos Civiles:
(562) 908-8501
Fax: (562) 692-2240
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)
Email: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov

Los Angeles County Chief Executive Office (CEO)
Attn: Disability Civil Rights Section
500 West Temple Street, Room 754
Los Angeles, California 90012
Teléfono: (213) 202-6944
TTY: (800) 855-7100 (California Relay)
Email: Adavis@ceo.lacounty.gov

5. Usted puede solicitar una reunión informal con el Coordinador del Título II de ADA del DPSS para responder a cualquier pregunta.
6. El DPSS le asignará un investigador que confirmará por escrito de haber recibido su queja.

Por favor, tenga en cuenta:

- El uso de este procedimiento de queja informal no es un requisito bajo las regulaciones federales ni le impide presentar una queja ante la agencia federal de cumplimiento apropiada.
- Está prohibida toda represalia, coerción, intimidación, amenaza, interferencia o acoso por presentar una queja y debe reportarse inmediatamente al Coordinador del Título II de la ADA del DPSS al (562) 908-8501 o al Director Ejecutivo del Condado, Sección de Derechos Civiles para Discapacitados: (213) 202-6944.

Este formulario está disponible en formatos alternativos a través del Coordinador del Departamento de ADA.



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA LEY DE
ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES DEL
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS**



Persona completando el formulario (**marque uno**): Demandante Representante Autorizado

Nombre: _____ Número de Caso: _____

Dirección: _____

No. de Teléfono: (____) _____

Correo electrónico: _____

PRESUNTAS VIOLACIONES

Describa la presunta violación de ADA. Proporcione detalles suficientes para que su queja quede clara (adjunte páginas adicionales si es necesario).

Fecha del Acontecimiento: _____

ACCIÓN SOLICITADA

¿Qué medida está solicitando que tome el Condado para corregir la presunta violación del ADA?

Firma del Demandante: _____ Fecha: _____

Firma del Representante Autorizado: _____ Fecha: _____